

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Louis VINCELET

Né à Aumale (Seine-Inférieure), le 17 février 1907

Ancien interne de l'Asile Saint-Yon

Ancien interne des Hôpitaux du Havre

ÉTUDE A PROPOS DE DEUX CAS

DE

CHLORALISME AIGU

AVEC

SYNDROME DE R. LEROY

Président : M. HENRI CLAUDE, professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Louis VINCELET

Né à Aumale (Seine-Inférieure), le 17 février 1907

Ancien interne de l'Asile Saint-Yon

Ancien interne des Hôpitaux du Havre

ÉTUDE A PROPOS DE DEUX CAS

DE

CHLORALISME AIGU

AVEC

SYNDROME DE R. LEROY

Président : M. HENRI CLAUDE, professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1932

DOYEN... M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	LENORMANT.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.....	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
	CARNOT.
Clinique médicale.....	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale...	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	N...
	N...
Clinique chirurgicale.....	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	SEBILLEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD.
Professeurs sans chaire.....	MAUCLAIRE.
	MULON.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.. Neurologie et Psychiatrie.
 N. Physiologie.
 AUBERTIN Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.)... Pathologie médicale.
 BROCC Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 CADENAT Pathologie chirurgicale.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GARNIER Pathologie expérimentale.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER ... Pathologie chirurgicale.
 GIROUD Histologie.
 HARVIER Pathologie médicale.
 HAZARD Pharmacologie.
 HOVELACQUE . Anatomie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 HUTINEL Pathologie médicale.
 JOANNON Hygiène.
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.

MM.

LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEMAITRE Oto-rhino-laryngologie.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
 LIAN Pathologie médicale.
 N..... Histologie.
 MONDOR Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 OLIVIER Anatomie.
 PIÉDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÉZARY Dermatologie et Syphili-
 graphie.
 VALLERY-RADOT (Pasteur). Pathologie
 médicale.
 VAUDESCAL .. Obstétrique.
 VELTER Ophtalmologie.
 VERNE Histologie.
 VIGNES Obstétrique.
 TROISIER..... Pathologie expérimentale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET Pharmacologie.
 GUÉNIOT Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.
 LEROUX Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 RETTERER Histologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DEBRÉ	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
FIESSINGER ..	Clinique médicale.
LAIGNEL-LEVASTINE.	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.

MM.	
HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.
MATHIEU	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.
LÉVY-SOLAL ..	Clinique obstétricale.
METZGER	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les muti- lés de guerre et les infirmes adultes. Stomatologie. Éducation physique. Radiologie clinique. Puériculture.
FREY	
CHAILLEY-BERT	
LEDoux-LEBARD	
WEIL-HALLÉ.....	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

LE DOCTEUR J. VINCELET

*Dont le souvenir ineffaçable sera le
meilleur soutien de notre carrière
médicale.*

A MA MÈRE

*Hommages affectueux et reconnais-
sance filiale.*

A MES SŒURS

Témoignage de notre grande amitié.

AUX MIENS ET A MES AMIS

A MES CAMARADES DES SALLES DE GARDE
DE ROUEN, DE SAINT-YON ET DU HAVRE

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE ROUEN
ET DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A MES MAITRES DES HÔPITAUX DE ROUEN

LES DOCTEURS CAUCHOIS, P. DEROCQUE
ET R. HÉLOT

A MES MAITRES DE L'ASILE SAINT-YON

LES DOCTEURS LATAPIE ET POCHON

*Qui ont su nous faire aimer et com-
prendre la psychiatrie. Qu'ils reçoivent
ici l'expression de notre plus vive recon-
naissance.*

A MES MAITRES DES HÔPITAUX DU HAVRE

LES DOCTEURS CHRÉTIEN, THOREL, TULASNE,
VERGEZ, STEMPOWSKY ET ROMAIN

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR HENRI CLAUDE

Professeur des maladies mentales et des maladies de l'encéphale
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

Respectueux hommages de reconnaissance pour l'honneur qu'il nous fait en voulant bien accepter la présidence de notre thèse.

A MON JURY DE THÈSE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

ÉTUDE A PROPOS DE DEUX CAS
DE CHLORALISME AIGU
AVEC SYNDROME DE R. LEROY

Introduction

Depuis l'utilisation du chloral en thérapeutique par Liébreich en 1869, la littérature médicale a relevé et décrit de nombreux accidents dus à l'emploi de cette médication.

Au cours de nos études médicales, nous avons eu l'occasion d'observer personnellement chez deux malades en traitement pour affection mentale, secondairement des manifestations pathologiques dont les causes étaient une intoxication aiguë par le chloral. Nos malades présentaient, entre autres phénomènes, un état psychique spécial, consistant en un syndrome de R. Leroy, absolument typique.

Nous en profitons pour entreprendre à ce propos une revue générale des caractères chimique, physiologique et thérapeutique du chloral; pour exposer les principaux symptômes du chloralisme et pour faire une étude du syndrome de R. Leroy.

CHAPITRE I

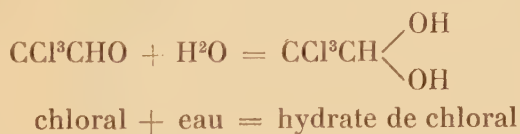
L'Etude chimique du Chloral

Nous ne voulons pas faire ici l'étude chimique détaillée du chloral. Nous ne ferons que rappeler ses propriétés essentielles.

Le chloral proprement dit, découvert par Liebig en 1832, n'est pas utilisé en thérapeutique; le produit employé est le chloral hydraté ou hydrate de chloral.

a) PRÉPARATION :

On le prépare en mettant en présence le chloral et l'eau, à molécules égales. La réaction s'accompagne d'une élévation de température appréciable :



b) PROPRIÉTÉS :

L'hydrate de chloral cristallise en prismes rhomboïdaux isolés ou en masses saccharoïdes. Il est fusible à + 57°. Il se volatilise à la température ordi-

naire et complètement à 98°, donnant du chloral et de l'eau. Il est soluble dans environ le quart de son poids d'eau. Il se dissout rapidement dans l'alcool, l'éther et le chloroforme.

c) RÉACTIONS :

En présence de SO^1H^2 concentré, il régénère le chloral anhydre. Quand on fait agir un alcali sur le chloral, il y a dédoublement en formiate et chloroforme. Avec le camphre, il forme une masse insoluble dans l'eau.

d) RÉACTIONS BIOLOGIQUES :

Quoique le milieu sanguin soit alcalin, le chloral ne subit pas de dédoublement, contrairement à ce que Liebig avait admis. On le retrouve en presque totalité dans les urines où il arrive à l'état de combinaison à l'acide glycuronique. Cette combinaison a été dénommée par Musculus et Von Mering : acide urochloralique. L'urine la contenant réduit la Liqueur de Fehling, mais non le réactif de Nylander à l'oxyde de bismuth. De plus, on observe une déviation à gauche de la lumière polarisée. L'acide urochloralique répond à la formule $\text{C}^8\text{H}^{11}\text{Cl}^3\text{O}^4$.

e) IMPURETÉS :

L'hydrate de chloral renferme souvent des traces d'acide chlorhydrique.

f) INCOMPATIBILITÉS PHARMACEUTIQUES :

On doit prescrire le chloral, ni avec des acides, ni sous forme de cachets associé à l'antipyrine, à la phénacétine ou au salol. Car dans le premier cas, il y a incompatibilité chimique, le chloral se dédoublant en chloroforme et en formiate, et dans le second cas, il y a incompatibilité pharmaceutique, les mélanges avec les médicaments précités étant déliquescents.

CHAPITRE II

L'Action physiologique du Chloral

L'action physiologique du chloral est complexe. Elle s'exerce principalement sur le système nerveux et sur l'appareil circulatoire, accessoirement; il y a lieu de noter une action locale.

1° ACTION SUR LE SYSTÈME NERVEUX.

L'hydrate de chloral agit comme un véritable anesthésique général. Il présente en effet les périodes successives qui caractérisent le mode d'action des anesthésiques généraux.

Dans une première phase, dite phase thérapeutique ou encéphalitique, son influence se fait sentir sur l'écorce cérébrale provoquant le sommeil. Dans un deuxième stade, phase médullaire, on constate l'abolition des réflexes et de la sensibilité. Les expériences de Ch. Richet (1889) sur le chien et les essais de Oré (1898) sur l'homme, ont montré qu'il se comporte à la manière d'un réel anesthésique général. Comme avec le chloroforme, on relève une troisième période,

la phase bulbaire qui cause l'arrêt de la respiration et secondairement l'arrêt du cœur par asphyxie. L'atteinte bulbaire se traduit même à des doses faibles, par la suppression de la glycosurie par piquûre du IV^e ventricule (Cl. Bernard). L. Frédéricq a remarqué que l'imprégnation du bulbe par le chloral se manifestait par une réactivité différente du centre respiratoire qui, par excitation du bout central du pneumogastrique arrête la respiration en expiration et non en inspiration comme normalement. Arhangesky a montré que l'intensité d'action du chloral sur le système nerveux s'expliquait par la fixation importante du médicament dans le cerveau et dans la moelle.

2° ACTION SUR L'APPAREIL CIRCULATOIRE.

Le chloral n'agit pas exclusivement sur le système nerveux, mais encore sur l'appareil circulatoire. Ses inconvénients thérapeutiques découlent surtout de cette action sur le cœur et la tension artérielle. Le chloral diminue l'énergie et la fréquence des contractions cardiaques et provoque même l'arrêt des battements par suppression des excitations sinu-sa-les (Boehme). Les travaux de Rhode et ceux de Carlson ont montré que sous l'influence du chloral, le cœur ne répond plus par un rythme propre à une excitation continue. Gley signale que les cœurs chloralisés entrent plus difficilement en état de fibrillation. Pour Vulpian, le cœur est modifié de telle façon que les

arrêts provoqués par le pneumogastrique peuvent être définitifs, alors que normalement ils sont passagers, malgré la continuité de l'excitation électrique du nerf. Les expériences de Fraenkel prouvent que le chloral cause un relâchement du tonus vasculaire par paralysie des vaso-constricteurs.

3° ACTION LOCALE.

Le chloral est un irritant qui peut léser la peau et les muqueuses, donnant des ulcérations cutanées plus ou moins importantes et déterminant des douleurs gastriques et intestinales. Injecté sous la peau, il donne lieu à des douleurs très vives et à un empâtement phlegmoneux.

CHAPITRE III

Indications thérapeutiques et posologie du Chloral

Une des principales indications thérapeutiques du chloral est son emploi dans les diverses insomnies. Les doses de 1 gr. à 1 gr. 50 ne donnent qu'une sensation de lassitude; il faut user de doses plus fortes : 2 à 4 gr. pour obtenir un sommeil profond. Le réveil ne s'accompagne pas généralement de sensation de malaises, à moins d'avoir employé des doses trop importantes du médicament. Il semble que les résultats les meilleurs sont obtenus dans les insomnies nerveuses dues à la fatigue, au surmenage, aux émotions violentes, celles des mentaux agités en général, des maniaques en particulier, enfin dans l'insomnie des alcooliques; pour ces derniers, il faut prescrire des doses fortes qui prédisposent aux accidents. Les cliniciens le jugent peu efficaces dans les insomnies douloureuses, Busquet pense qu'il ne s'agit que d'une question de dose et que le chloral à des doses relativement fortes (4 à 5 gr. en lavement) procure le sommeil chez les insomniaques par douleurs.

Le chloral a souvent son indication dans les états convulsifs, ainsi chez l'adulte, on l'utilise, dans l'état de mal épileptique, en lavement à la dose de 4 à 6 gr.; on le préconise de même contre les phénomènes nerveux de l'éclampsie; il faut alors utiliser des doses importantes en lavement. Dans les convulsions de l'intoxication par la strychnine, il est, par son action sédative médullaire, le meilleur antidote de ce poison. Chez l'enfant, on l'administre à la dose de 0 gr. 50 en lavement dans les accès de convulsions subintrantes. Le chloral rend des services dans les formes graves de chorée et dans l'état de mal choréique : il doit être donné aux fortes doses suivantes : 4 gr. par jour après 10 ans, 3 gr. au-dessous de cet âge, pris en trois fois. Joffroy conseillait ce traitement dans les formes sévères, avec agitation continue pendant deux à trois semaines, de façon à obtenir une accalmie pendant 12 à 14 heures par jour. Le chloral a une action neuro-sédative dans les contractures du tétanos; il les calme, à condition de l'employer à très hautes doses, 8, 10 et 12 gr. en lavement.

Quelques auteurs l'ont employé en association avec d'autres médicaments; Magnan, par exemple, l'a associé au bromure dans le traitement du delirium tremens.

La forme la plus commode d'administration du médicament est le sirop de chloral du Codex, qui contient 1 gr. de principe actif par cuillerée à soupe. On peut corriger sa saveur brûlante, en ajoutant du sirop de menthe ou du sirop d'écorces d'oranges amères

et éviter son action irritable sur l'estomac en le diluant dans une infusion de tilleul. Enfin, le chloral se donne en lavement, en prenant la précaution de lui adjoindre un jaune d'œuf et du lait pour entraver son action topique irritante sur la muqueuse rectale.

CHAPITRE IV

Les Inconvénients et les accidents causés par le Chloral

Le chloral donne lieu à de nombreux accidents d'ordre très divers, même avec des doses peu importantes, 1 gr., 2 gr. ou 3 gr., on peut voir survenir des intoxications aiguës chez des sujets prédisposés. Cependant, cette éventualité est très rare, ces doses sont presque toujours bien supportées, et l'on ne relève guère d'accidents qu'avec 8 et 10 grammes pris en une dose unique; 12 gr. absorbés en une fois causent la mort. Chez les sujets habitués au médicament, des doses très fortes, 15, 20 ou 30 gr., peuvent ne pas déterminer d'intoxication aiguë. Les symptômes de l'intoxication aiguë sont les suivants : le sujet tombe rapidement dans un sommeil profond, sa face est très congestionnée par suite d'une vasodilatation intense. Sa sensibilité générale est véritablement abolie. Sa respiration est lente et superficielle, son pouls rapide et peu perceptible, sa température au-dessous de la normale. La mort survient

dans le coma, après l'apparition d'érythèmes scarlatiniformes ou morbilliformes.

Nous avons vu précédemment la nature de l'action physiologique du chloral sur le système cardio-vasculaire; ce sont ces notions qui expliquent les accidents que l'on rencontre chez certains cardiaques, et c'est pourquoi le chloral est contre-indiqué chez les sujets hypotendus, chez ceux en imminence d'hyposystolie et chez tous ceux qui ont un myocarde un peu scléreux.

Au point de vue cutané le chloral peut provoquer des accidents très variés. On peut rencontrer soit des érythèmes de type scarlatiniforme ou morbiliforme ou rubéoliforme, soit des éruptions vésiculeuses, papuleuses et plus rarement ortiées ou purpuriques. Les enfants et les individus cachectiques semblent particulièrement prédisposés à ces accidents.

Enfin, on observe avec le chloral des accidents mentaux et nerveux; certains sont chroniques, constituant le chloralisme chronique ou chloromanie, d'autres sont aigus et consistent en troubles hallucinatoires divers et en delirium tremens chloralique. Nous insisterons particulièrement sur ces accidents, objet de notre étude.

CHAPITRE V

Le chloralisme chronique

Le chloral détermine des accidents chroniques connus sous le nom de chloralisme chronique, qui sont connus depuis l'introduction du chloral dans la thérapeutique. Au cours de l'intoxication chronique peuvent apparaître des phénomènes aigus, tels que le delirium tremens chloralique et le délire chloralique aigu confusionnel. Le chloral peut être cause de manifestations aiguës sans qu'il y ait un fonds de chloralisme chronique donnant lieu soit à un coma chloralique, soit à l'ivresse chloralique ou enfin à un délire chloralique simple ou confusionnel.

HISTORIQUE DE L'INTOXICATION CHLORALIQUE.

En 1869, première année où Liebreich utilise le chloral en thérapeutique, Jastrowicz publie un mémoire signalant des troubles graves dus à l'absorption prolongée du médicament, accidents circulatoires graves, apathie et vertiges. Lange, l'année suivante, rapporte un cas de diminution de l'activité

cérébrale due au chloralisme chronique. En 1870, Kaiser décrit des troubles de la sensibilité et de la motilité. Von Gelhorn (1871) relève des paresthésies. Depuis, les travaux sur l'intoxication chloralique sont extrêmement nombreux, nous ne ferons que rappeler les principaux : Un mémoire de Rehm (1886) expose les accidents subaigus consécutifs à l'emploi thérapeutique du chloral; citons, fait particulièrement intéressant, des micro-hallucinations. Kirn (1883) rapporte un cas de psychose chloralique avec hallucinations et agitation. Schüle (1884) constate, soit de l'excitation et des hallucinations diverses, soit de la dépression avec indifférence, rêvasserie et affaiblissement intellectuel. Pichon (1888) signale également ces faits. Gilbert Ballet publie en 1893 sa première observation de *delirium tremens* chloralique et la seconde en 1899. Son élève, Coulandraud, y consacre sa thèse en 1899. Baron (1898) présente des intoxications chloraliques. Coe (1898) expose certains symptômes de l'intoxication chloralique simulant la démence paralytique. Rogers (1900) signale un cas intéressant d'intoxication chloralique. Jousset (1902) décrit un tremblement chloralique des muscles de la face et des membres rappelant celui de la paralysie générale. Gilbert Ballet et Delherm présentent la même année un cas de tremblement chloralique de la face et des membres, rappelant également la paralysie générale. Antheaume et Parrot reviennent en 1906 sur la question du *delirium tremens* chloralique. G. de Clérambault consacre en 1909 et 1910 dans les

Annales Médico-Psychologiques un travail important sur les délires de cause chloralique. Nous aurons l'occasion de revenir sur ce travail intéressant à plusieurs points de vue. D'autres études sont parues sur la question, citons parmi elles : celles de Wallace, de Circolo, de Mac Guigan, de Feller, de Risling et Lynn.

ETIOLOGIE DU CHLORALISME CHRONIQUE.

Le chloralisme chronique a en général une origine thérapeutique. L'accoutumance au médicament produisant un effet moindre, le malade augmente les doses à l'insu du médecin et l'intoxication chronique s'établit. Ces sujets sont le plus souvent des névropathes. Il se crée un état de besoin qu'on peut comparer à celui du morphinomane. Les troubles nerveux graves sont dus à l'usage prolongé du chloral, à l'augmentation trop brutale, ou à la suppression de la dose habituelle.

SYMPTOMATOLOGIE DU CHLORALISME CHRONIQUE.

L'intoxication chronique par le chloral revêt deux formes principales, qui se combinent d'une façon variée : on distingue donc une forme excitée et une forme apathique.

Dans la première éventualité, l'usage prolongé du chloral au lieu de calmer la douleur et de provoquer le sommeil, détermine, bien au contraire, une insomnie tenace et une hyperesthésie générale. L'intoxiqué

présente des troubles du caractère, instabilité, colère et irritabilité. Il manifeste un état d'anxiété avec des paroxysmes angoissants. Fréquemment il a de la subagitation. Certains auteurs ont relevé des attaques épileptiformes et des hallucinations surtout vespérales. Ces hallucinations visuelles et auditives déterminent parfois une extrême agitation.

Dans la forme apathique ou torpide, le malade est plongé dans un état d'assoupissement et de dépression profonde, voisin de la stupeur. On trouve également des troubles sensoriels divers et un affaiblissement passager ou durable des facultés intellectuelles. De plus, ces malades éprouvent de la fatigue et une lassitude générale, du tremblement des membres et de la face, des poussées de rougeurs à la face après les repas et enfin de l'amaigrissement.

L'association de certains symptômes : affaiblissement intellectuel, désorientation, tremblement, troubles sensoriels, ont permis de décrire des formes de chloralisme que l'on a rapprochées de la paralysie générale (Jousset, Ballet, etc...).

CHAPITRE VI

Le Chloralisme aigu

Nous insisterons plus longuement sur les différentes formes cliniques que peut revêtir le chloralisme aigu.

Les accès aigus chloraliques surviennent en général chez des sujets intoxiqués chroniques qui augmentent d'une façon exagérée leur dose habituelle de chloral ou qui se trouvent trop brusquement sevrés de leur médicament. Les accidents aigus peuvent d'ailleurs éclater chez des malades qui n'usent pas chroniquement de chloral, soit à l'occasion de doses trop élevées, soit par intolérance personnelle. Nous avons vu plus haut les symptômes du coma chloralique, nous exposerons successivement ceux de l'ivresse chloralique, du delirium tremens chloralique, du délire chloralique aigu confusionnel et du délire chloralique aigu.

a) L'IVRESSE CHLORALIQUE.

Les symptômes de l'ivresse chloralique se rencontrent chez des sujets non accoutumés au chloral, qui

ont absorbé des doses importantes, mais non massives du calmant. On note des troubles vaso-moteurs importants, en particulier une rougeur intense de la face, des phénomènes d'agitation motrice et d'excitation psychique avec fuite des idées se produisant rapidement. On relève des troubles de l'équilibration, la démarche est titubante, l'obnubilation intellectuelle est très accusée. L'accès dure quelques heures et se termine par un sommeil profond. On doit poser le diagnostic différentiel avec l'ivresse alcoolique.

b) LE DELIRIUM TREMENS CHLORALIQUE.

Certains épisodes aigus du chloralisme ont été décrits sous le nom de delirium tremens chloralique. C'est Gilbert Ballet qui en a donné la première description.

La phase aiguë de l'affection est précédée de certains signes prémonitoires variables : agitation avec insomnie et fièvre, ou grosse dépression avec ralentissement du pouls. Les symptômes les plus constants sont l'exagération du tremblement qui est généralisé, l'odeur chloroformique de l'haleine et des troubles vaso-dilatateurs.

A cette période prodromique, qui peut durer deux à trois jours, fait suite une phase qui rappelle assez exactement l'aspect clinique du delirium tremens alcoolique. La symptomatologie est dominée par le tremblement; le malade produit l'impression d'être à l'état vibrant, tous les muscles sont secoués par des

vibrations actives; ce tremblement est constitué d'oscillations petites et rapides, la parole présente une trémulation caractéristique, conséquence de la trépidation continue de la langue et des lèvres. Ce tremblement chloralique est moins actif et moins intense que le tremblement alcoolique. Un délire accompagne cet état vibratoire. Il est habituellement peu intense et se rapproche de la rêvasserie. Le malade a des tendances dépressives et ses hallucinations visuelles et auditives ne sont pas très accentuées. Le malade accuse également des troubles généraux, le pouls s'accélère, la température s'élève à 38°, 39°, parfois plus, les sueurs sont profuses et abondantes.

L'évolution de ce delirium dépend de plusieurs facteurs, importance de l'intoxication, état de résistance du cœur et des reins. La suppression brutale du chloral peut aggraver la situation; on voit alors la température s'élever, le tremblement devenir plus violent, le malade tomber dans un état de dépression et de torpeur et s'acheminer vers le coma et la mort. Chez un malade, dont Gilbert Ballet a rapporté l'observation, la suppression complète du chloral amena rapidement la mort. La terminaison du delirium sera toute différente si on continue à donner au malade des doses progressivement décroissantes de chloral. Dans ce cas, le délire cède le premier, le tremblement persistant encore quelques jours. La guérison survient après un sommeil profond, l'accès a une durée totale qui varie entre quatre et cinq jours. Le pronostic, avec un sevrage méthodique, est relativement

bénin, mais il reste souvent un certain degré d'obtusité intellectuelle. Le diagnostic différentiel n'est pas toujours très commode à faire avec le *delirium tremens* alcoolique. Le délire hallucinatoire plus violent, le tremblement plus vif, les signes généraux plus accentués et les antécédents orienteront vers le diagnostic d'alcoolisme.

c) LE DÉLIRE CHLORALIQUE AIGU CONFUSIONNEL.

Dans cette forme de chloralisme, les phénomènes de premier plan se caractérisent par des manifestations psychosensorielles qui apparaissent chez les intoxiqués chroniques, ou chez des malades en traitement par le chloral à l'occasion de doses trop élevées. Ce délire a été étudié surtout par G. de Clérambault; le malade est somnolent, fatigué, parfois subagité, la plupart du temps tranquillement assis dans son lit, contemplant le spectacle de ses hallucinations et cherchant parfois à saisir sans vigueur des objets imaginaires.

Ces symptômes différencient le délire chloralique du délire alcoolique; plus voisin est le délire cocaïnique, mais le chloralisme s'en éloigne par certains signes comme nous le verrons plus loin. Les hallucinations sont le caractère prédominant et essentiel de cette variété clinique. Les hallucinations auditives sont rares, celles de la vue dominent le tableau de l'affection. Elles ont la particularité d'intéresser ceux qui les éprouvent sans les effrayer. Par ailleurs, elles

tirent un intérêt de leurs dimensions; elles sont de plusieurs modèles entre lesquels il n'existe pas d'intermédiaires. Les unes sont microscopiques à caractère pseudo cocaïnique; d'autres sont menues (insectes, paillettes, etc...), ces visions ont un air artificiel et ne sont pas animées de mouvement. Une troisième variété hallucinatoire est plus typique et ne se rencontre pas dans le cocaïnisme aigu; ces hallucinations mesurent vingt à trente centimètres, elles surviennent spontanément, elles ne durent pas longtemps, elles se révèlent sous l'aspect de lettres isolées, d'inscriptions, d'images géométriques, enfin, de paysages et d'êtres vivants en réduction. Le défilé de ces images se faisant rapidement, on a nommé ces images kaléidoscopiques. Accessoirement on a pu rencontrer des hallucinations de taille normale et même gigantesque. Le malade est confus, désorienté, mais toutefois capable d'attention pour ses apparitions.

Dans un deuxième aspect, le chloralisme confusionnel apparaît constitué de périodes d'excitation et d'anxiété. La symptomatologie se traduit par des accès d'anxiété et de colère sans degrés extrêmes de violence, par des hallucinations fréquemment grandes et émouvantes. Le malade discute avec ses visions d'une manière monotone et sans grands gestes. Le malade reste confus et apathique, même dans son agitation.

Le pronostic de ces accès est bon, les symptômes s'estompent rapidement et n'évoluent pas vers des

accidents plus graves si l'on a soin de désintoxiquer graduellement le malade.

d) LE DÉLIRE CHLORALIQUE AIGU SIMPLE.

On doit apparenter ces symptômes à ceux du délire alcoolique simple. Toutefois, le malade ne se trouve pas au milieu de visions désagréables et souvent terrifiantes, comme dans l'alcoolisme, mais il vit entouré de personnages et d'objets qui lui sont sympathiques et familiers, et qu'il contemple avec intérêt. Les illusions sont fréquentes dans cette variété clinique, le malade croit peu à la réalité de ses visions, interrogé, il en reconnaît facilement le caractère pathologique. La désorientation et la confusion sont moins profondes que dans le délire confusionnel. En somme, il s'agit d'un délire apyrétique, bénin, se confondant en quelque sorte avec un rêve vivement extériorisé. Ce délire disparaît rapidement et se réduit après quelques heures en un sommeil profond. Dans cette éventualité, le chloral pourra être rapidement supprimé sans aucun inconvénient.

CHAPITRE VII

Observations de chloralisme aigu

Pour illustrer ces données, nous résumerons succinctement deux observations publiées en 1909 par G. de Clérambault dans les *Annales Médico-Psychologiques*. Il s'agit de deux cas de délire aigu confusional. Nous exposerons ensuite les deux cas de chloralisme que nous avons rencontrés.

OBSERVATION I

(G. de Clérambault), résumé.

Malade dégénérée, hystérique peut-être, à tares organiques, démorphinisée et saturée de chloral, en état de marasme rappelant le tabès et présentant un délire hallucinatoire très riche, qui rappelle le cocaïnisme.

Au point de vue physique, on note l'absence des réflexes rotuliens; on relève un tremblement, des douleurs fugaces aiguës et des troubles de la sensibilité comme dans un tabès. L'état mental consiste en un délire onirique abondant chez une personne déprimée et indolente. Les hallucinations tactiles sont petites et innombrables. Les hallucinations auditives sont rares et effacées. Les hallu-

cinations visuelles sont les plus importantes; elles sont petites, multiples, égales, kaléidoscopiques, affectant surtout la forme de lacis, d'inscriptions, de décorations, brillantes et confuses à la fois; parfois, d'un noir brillant. Elles sont spontanées, sans lien de ressemblance, sans rapport logique, considérées comme un spectacle. L'auteur a remarqué l'absence de participation émotionnelle chez sa malade. La pullulation des images était plus grande à la lumière et leur raréfaction était extrême dans l'obscurité absolue.

OBSERVATION II

(G. de Clérambault), résumé.

Délire aigu au cours d'une intoxication chloralique chronique. Le malade a présenté des hallucinations visuelles qui ont tenu le premier rôle dans la symptomatologie de son affection. Les hallucinations de petite surface étaient les plus caractéristiques; elles figuraient des objets de 3 à 30 centimètres, le plus souvent 10 à 20 centimètres. C'étaient des insectes, des fils, des images géométriques, des têtes, des ornements, des pièces de vêtements, des inscriptions. Les contours étaient remarquablement découpés. L'aire des figures était remplie de petites lignes avec disposition en treillis. Le relief était absent. La plupart des images étaient plates. Le malade déclarait en effet : « des étoffes appliquées aux murs, des dessins collés, des araignées écrasées, etc. ». Les images étaient situées généralement à hauteur du regard. Les objets aperçus n'étaient pas toujours petits par nature, ils étaient aussi rapetissés; c'est ainsi que le malade a vu trois garçons tout petits, une jeune femme en maillot toute petite, un officier tout petit. Les couleurs étaient

vagues, bien que parsemées de traits accentués et de points brillants. Les surfaces étaient bleu, vert, gris vert, vert métal, parfois jaunes, les accents étaient rouges ou dorés, les images surgissaient rapidement et avaient tendance à se déplacer. Ce malade avait également distingué des images grandes et remuantes évoluant autour de lui. Les hallucinations étaient abondantes et le malade accusait peu d'anxiété.

Les deux malades de G. de Clérambault sont sortis de leur chloralisme aigu assez diminués psychiquement, l'un aboulique avec jugement et sensibilité morale émoussés; l'autre inerte intellectuellement avec des troubles de l'humeur et des ébauches d'états maniaques.

OBSERVATIONS PERSONNELLES

Nous allons rapporter les observations de deux de nos malades atteintes l'une de mélancolie confusionnelle, l'autre de manie aiguë, ayant présenté avec du chloral, une intoxication aiguë.

OBSERVATION I

D... Georgette, 33 ans, Service de M. le Docteur Pochon, Asile Saint-Yon.

Entrée à l'Asile le 17 février 1929. Elle est internée avec le certificat médical suivant : « Atteinte de troubles mentaux caractérisés par de l'agitation, des menaces; s'est frappée avec un fer et a voulu se donner un coup de couteau; déclare qu'on a voulu l'empoisonner et que

sa mère a tenté de l'empoisonner en mettant de l'eau salée dans ses aliments ».

18 février 1929. — Cette malade, ouvrière de filature, vit à N... avec sa mère. Elle n'a pas connu son père, qui serait mort accidentellement. Sa mère serait malade, mais notre malade est incapable de dire de quelle maladie. Son attitude est un peu figée, l'expression de son visage égarée. La malade, entrée hier soir, a été calme la nuit, puis s'est agitée ce matin, se levant, gesticulant, se roulant sous son lit; enfin, s'est calmée. Elle déclare que si ce matin elle s'est roulée sous son lit, c'est qu'elle est indigne d'être couchée dans un si bon lit. Elle manifeste des idées d'auto-accusation : elle serait une mauvaise fille, elle aurait fait du mal à ses voisins, à sa mère. Elle répond souvent aux questions qu'on lui pose par des gestes affirmatifs ou négatifs. La malade est bien orientée dans le temps et dans l'espace; elle présente une certaine lenteur et un ralentissement de l'idéation.

Examen général. — Bon état général. Poids : 44 kilos. Pas de fièvre. Pouls accéléré : 104; appareil respiratoire et cœur normaux; foie non débordant; troubles vasomoteurs des extrémités, réflexes normaux. Le certificat d'internement de 24 heures du Docteur Pochon est ainsi rédigé :

« Présente des idées d'ordre mélancolique, des idées d'indignité et d'auto-accusation. Reste généralement figée. Ralentissement de l'idéation. Au dehors, aurait fait des tentatives de suicide. A maintenir. »

20 février 1929. — La malade refuse de s'alimenter. On doit avoir recours à la sonde œsophagienne.

26 février. — Elle ne mange toujours pas. Très agitée, se débat et crie.

28 février. — Très difficile à alimenter à la sonde. Crie : « Je n'ai pas de tête, je n'ai pas de tête ». Mutisme ordinairement.

2 mars. — « Je ne peux pas, je ne peux pas » au moment de la sonde.

4 mars. — Le certificat de quinzaine du Docteur Pochon est conçu comme suit : « Malade qui présentait à l'entrée des idées d'ordre mélancolique, idées d'indignité et d'auto-accusation, est actuellement plus déprimée; elle ne parle à peu près plus, exprime cependant à de rares intervalles des idées délirantes (comme : Je n'ai plus de tête). Refus d'aliments. Doit être nourrie à la sonde œsophagienne. A maintenir. »

13 mars. — Toujours alimentée à la sonde œsophagienne.

19 mars. — Apparition de nouveaux phénomènes : la malade présente une éruption de caractère morbillieux, petites taches rouges réparties sur tout le corps et sur le visage, qui disparaissent à la pression. Elle ne tousse pas, n'a pas d'angine, pas de catarrhe oculo-nasal. Sa température est de 36°9.

20 mars. — L'éruption persiste sans phénomènes généraux. La température est de 37°1. La malade est très calme.

Dans la soirée, elle présente des manifestations mentales particulières, elle est l'objet d'un délire onirique à forme très intéressante, car notre malade a des hallucinations lilliputiennes. La malade est calme, assise dans son lit. Elle paraît vivement intéressée par un spectacle invisible pour nous, qui se déroule devant ses yeux. Spontanément, elle s'écrie : « Oh, les jolies petites poupées, qu'elles sont belles ». Interrogée, elle déclare qu'elle voit des petits personnages qui gesticulent sur son lit. Ces petits personnages sont habillés de « riches vêtements, dit-elle, mais c'est dommage qu'ils ne parlent pas ». Par ailleurs, elle voit des petites louves et de petits loups qui courent sous son lit, qui entrent dans sa table de nuit. La malade n'est pas effrayée par ses hallucinations. Elle

semble au contraire vivement s'amuser. La malade finit par s'endormir et a un sommeil calme.

21 mars. — L'éruption s'atténue. Le soir, la malade est effrayée et veut se sauver. Elle dit qu'il y a du feu sous son lit et qu'il sort des flammes de sa table de nuit.

22 mars. — L'éruption a totalement disparu. Le soir la malade voit encore du feu.

Nous avons rapporté ces phénomènes nouveaux dans l'état de notre malade : éruption morbilliforme et hallucinations lilliputiennes, à une intoxication aiguë par le chloral. La malade était soumise depuis son entrée, pour subjuguer son agitation et son insomnie, à un traitement chloralique et avait absorbé dans les derniers temps des fortes doses du médicament.

23 mars. — Les urines renferment une forte quantité d'acide urochloralique.

31 mars. — L'état délirant antérieur a repris avec une intensité plus importante. « Tuez-moi; je veux être tuée. Je ne suis pas naturelle. J'ai le corps d'un animal. Je mange, tout passe dans mon corsage. J'ai le corps tout retourné. Je ne vais plus au cabinet. Je n'ai plus d'estomac, plus de cœur. »

« Ecoutez, c'est ma tête qui fait sonner (les cloches de la chapelle sonnent la messe). Regardez, quand on enlève mon corsage, tout, mes bras, mon corps, viennent avec. Je ne sens plus mes doigts. Je n'ai plus de dos. C'est mon corsage qui fait dos. »

Elle voit toujours du feu sous sa table de nuit, entend constamment des cloches, dit qu'elle a voulu se tuer parce qu'elle ne se sentait pas naturelle.

2 avril. — Réclame la mort. Croit sa mère décédée.

27 avril. — Elle a fait du mal au monde. Voudrait qu'on la tue.

23 juin. — Gros choc émotionnel. La malade a reçu la visite de sa mère qu'elle croyait morte. Gros sanglots.

Le jour même, amélioration notable. Les idées d'indignité, de transformation, de négation, qu'elle manifestait encore la veille de la visite, ont disparu.

26 juin. — Souriante, travaille, s'intéresse aux faits et aux gestes de son entourage.

1^{er} juillet. — Réclame sa sortie.

7 juillet. — Sortie.

OBSERVATION II

S... Renée, 24 ans, Le Havre, 11 août 1931. Cette malade est mise en observation pour excitation psychique et motrice. Elle présente une physionomie animée, un faciès très coloré, un regard brillant. Elle s'agit continuellement. Ne peut rester tranquille dans son lit. Gesticule, chante, bavarde sans cesse. Ses propos sont joyeux, parfois grossiers. Son attention est mobile, impossible à fixer. Insomnie à peu près complète. On donne à cette malade 3 gr. de chloral par jour.

Etat général. — Bon état général. Pas de température. Pouls 86. Cœur et poumons normaux. Foie non débordant. Réflexes tendineux et pupillaires normaux. B.-W. dans le sang : négatif. Liquide céphalo-rachidien : rien d'anormal.

Nous sommes donc en présence d'une excitation maniaque simple chez une malade qui n'a pas de tare organique apparente.

17 août. — Même état, toujours très agitée. Fuite des idées.

21 août. — L'agitation persiste. Violences par intervalles.

25 août. — La malade est plus calme.

26 août. — Notre malade présente depuis ce matin une éruption généralisée à tout le corps. Il s'agit d'un érythème morbilliforme, constitué de petites taches de colo-

ration rouge. Leur confluence par endroit donne des plaques plus ou moins importantes. Les bords de ces taches sont déchiquetés et diffus. Elles ne sont pas saillantes et disparaissent à la pression. Leur localisation prédomine à la poitrine et à la racine des membres. L'éruption est légèrement prurigineuse. Il n'y a pas de symptômes généraux. La température est à 37°1, le pouls à 88. Au point de vue psychique, l'agitation a cédé. La malade est calme, même un peu abattue.

27 août. — L'éruption s'est un peu atténuée. Il n'y a pas de température élevée. Dans la soirée, des caractères nouveaux apparaissent : la malade qui jusqu'à présent a manifesté de l'exaltation psycho-motrice, de la fuite des idées et un bavardage continu et euphorique, voit son état se rapprocher de l'obnubilation intellectuelle. C'est sur ce fonds mental confusionnel qu'un syndrome hallucinatoire onirique d'un type spécial survient. La malade, calme, assise dans son lit, semble intriguée par une scène invisible qui se passe sur son lit. Elle pousse par instant des exclamations joyeuses : « Les gentils petits bonshommes, qu'ils sont drôles. » Elle déclare voir un défilé de petits personnages hauts comme le doigt, accompagné de petits animaux de taille appropriée. Ces sujets se livrent à des gesticulations et à des plaisanteries de toutes sortes, au grand amusement de la malade. Ils sont vêtus d'habits multicolores et très brillants. Ces petits sujets ne parlent pas. Ce syndrome lilliputien dure environ deux heures et la malade s'endort.

28 août. — L'éruption est en majeure partie disparue. L'état hallucinatoire a complètement cessé. La malade est de nouveau surexcitée, mais son agitation est moindre qu'auparavant.

1^{er} septembre. — Grosse amélioration. Elimination d'acide urochloralique dans les urines.

10 septembre. — Guérison et sortie.

Nous avons ramené cet état hallucinatoire onirique avec syndrome lilliputien à une intoxication médicamenteuse par le chloral, avec éruption médicamenteuse et phénomènes délirants d'ordre onirique toxique.

CHAPITRE VIII

Le Syndrome de R. Leroy

a) DESCRIPTION DU SYNDROME.

Nos deux observations de délire aigu chloralique sont donc caractérisées par deux éléments essentiels : une éruption médicamenteuse et un syndrome psychique particulier, apparenté au délire onirique, constitué par des hallucinations lilliputiennes.

Nous insisterons sur ce syndrome. Nous en exposerons l'historique et nous verrons à quel mécanisme on a pu rattacher cette variété hallucinatoire. C'est à R. Leroy que revient le mérite d'avoir le premier individualisé et décrit ce syndrome dans une communication faite en juillet 1909 à la Société Médico-Psychologique et d'avoir proposé à ces hallucinations le nom caractéristique de lilliputiennes.

Avant lui ce syndrome avait été entrevu, mais jamais mis en valeur. Ce syndrome se rencontre dans des états psychopathiques variés et présentant comme facteur commun un élément toxique ou toxi-infectieux : alcoolisme, chloralisme, états fébriles, paralysie générale, états hypnagogiques.

Le nom d'hallucinations lilliputiennes suffit à les définir : il s'agit de petits personnages hauts de 15 à 20 centimètres, qui sont très animés, ils courent, ils marchent, ils gesticulent, ils agissent et ils défilent généralement silencieusement ou ils s'expriment d'une voix extrêmement fluette et grêle. Ces personnages sont le plus souvent nombreux, accompagnés de petits animaux proportionnés à leur taille, principalement des petits chevaux, créant ainsi autour du malade tout un petit monde. Ces petits sujets sont habillés de vêtements aux riches couleurs, rarement noirs. Ces hallucinations existent en dehors de toute micropsie. En effet, la réduction ne porte que sur les hallucinations, les objets environnants étant vus sous leur angle réel. La durée de ces visions est variable, parfois elles sont fugaces, parfois elles durent quelques heures. Au contraire des autres hallucinations d'origine toxique qui sont en général pénibles et même terrifiantes pour le malade, les hallucinations lilliputiennes apparaissent aux yeux étonnés du malade, qui s'en montre le plus souvent amusé. L'état affectif engendré est donc agréable. Dans quelques cas, on note de l'indifférence.

C'est bien là le tableau clinique, que nous avons observé chez nos deux malades. La première voyait s'ébattre sur son lit des petites poupées, des petits personnages richement habillés et ne parlant pas; elle apercevait également courir des petits loups et de petites louves. La malade paraissait vivement s'amuser à ce spectacle. La seconde a entrevu tout un dé-

filé de petits personnages hauts comme le doigt, accompagnés de petits animaux, provoquant un état affectif agréable.

b) HISTORIQUE DU SYNDROME.

En 1847, Sauvet signale dans son observation personnelle d'ivresse par l'éther le fait suivant :

« J'ai eu, dit-il, une véritable hallucination de la vue, quand j'ai vu sur le piano une petite femme dansant la polka. » Nous avons bien là une hallucination lilliputienne d'origine toxique.

Un ouvrage de Brière de Boismont (1852) sur les hallucinations contient trois observations que l'on peut classer parmi les hallucinations lilliputiennes.

Comme aura psychique Delasiauve a relevé « un petit homme rouge coiffé d'un bonnet rouge ».

Lasègue mentionne dans ses études sur l'alcoolisme des visions de petits personnages, petits hommes, petites poupées.

Girma, à propos des hallucinations dans la paralysie générale (1881), cite un malade qui voyait « des hommes et des choses d'une petitesse et d'une exigüité de forme inconcevable ».

Cotard a rencontré un cas d'hallucination lilliputienne (1882) chez un malade qui « voyait des personnages de féerie vêtus de blanc descendre du plafond de sa chambre et des petits cavaliers hauts de quelques centimètres défiler dans sa chambre par régiments ».

Un enfant épileptique traité par le curare (Bourneville et Bricon, 1885) a aperçu « une foule de petits bonshommes de 0 m. 25 qui faisaient des grimaces ».

Une malade de Baillarger se voyait entourée de petits animaux à l'occasion d'une infusion de belladone prise à l'époque de ses règles. Toutefois, cette observation ne paraît pas un cas probant d'hallucination lilliputienne.

R. Leroy publie en 1909 la première observation caractéristique et fait le premier la mise au point du syndrome lilliputien. La première observation se résume ainsi : malade atteint de paralysie générale, présentant les visions suivantes : une petite femme attachant les lacets de ses chaussures, des petites poupées dansant, des petits bonshommes portant des bûches de bois, des petits soldats sortant du tapis de la chambre et allant se perdre dans le feu de la cheminée après avoir défilé en bataillons serrés, des petits corbillards. La malade se montrait peu surprise de ces hallucinations qui la faisaient rire aux éclats.

Dans la même communication, il rapporte un autre cas : « Malade débile avec délire hallucinatoire, ayant vu « des petits soldats de la hauteur d'un doigt habillés d'uniformes bleu et rouge, qui tournaient autour d'une veilleuse, qui saluaient et disparaissaient rapidement. »

Ce même auteur a présenté à la séance de la Société Clinique de Médecine Mentale d'avril 1910 l'ob-

servation d'une femme alcoolique qui avait des hallucinations terrifiantes et de plus la vision de deux petits bonshommes hauts comme le doigt, assis sur un fil télégraphique, habillés de bleu, dont elle eut peur. En octobre 1920, il rapporte deux nouvelles observations, l'une concernant une jeune femme alcoolique qui, sur la barre d'appui de sa fenêtre, vit « s'aligner et gambader de tout petits bonshommes habillés de couleur comme des gnomes; ils faisaient de l'acrobatie; ils gambadaient sur le buffet, le divan et s'asseyaient sur son pied ». La seconde, étudiant le cas d'un vieillard, atteint de rhumatisme articulaire aigu, cardiaque et albuminurique, qui avait présenté les visions suivantes : « longue théorie de petits personnages de 0 m. 15 à 0 m. 20 de haut, vêtus d'habits de fête, marchant sur deux rangs comme en procession, dont les façons l'amusaient et le faisaient rire, puis l'agaçaient, et il les poursuivait alors avec sa canne. »

R. Leroy a vu également quelques cas se produire sur le front chez des soldats surmenés. Il a aussi rencontré ce syndrome dans une intoxication par le haschisch. En collaboration avec Rogues de Fursac, il a présenté une observation d'hallucination lilliputienne à la Société de Psychiâtrie en février 1920, survenue chez un alcoolique, qui vit « des centaines de petits bonshommes et de petites femmes, de 15 centimètres de hauteur environ, habillés de pantalons ou de jupons jaunes, rouges et bleus, les hommes portaient une espèce de chéchia et les femmes des bonnets;

certaines étaient montées sur de petits chevaux bais de grandeur proportionnée ».

De Clérambault a publié l'observation d'hallucinations lilliputiennes que nous avons résumées dans le chapitre précédent. Par ailleurs, il a rencontré ce syndrome chez un paralytique général et dans l'éthérisme.

Marie, en 1910, a observé chez une débile alcoolique, des hallucinations lilliputiennes multiples comportant des personnages grouillants, des centaines de gnomes de la hauteur d'une bouteille avec un certain état euphorique de la part du malade.

Une alcoolique de Bonnet (juin 1910) déclarait : « Je voyais des gens tout petits, gros comme des poupées, qui couraient autour de mon lit. Ils me plaignaient, m'encourageaient, jamais ils ne me menaçaient. »

Kraepelin (1910) a donné dans son *Traité de psychiatrie*, une description intéressante des hallucinations lilliputiennes.

P. Camus (encéphale, 1911) a remarqué ces hallucinations visuelles chez un vieillard artério-scléreux et albuminurique, présentant une hémianopsie temporale gauche, par lésion de la sphère visuelle occipitale droite. C'était des images petites, petits bonshommes, petits objets de coloration très variée. Le malade les voyait jusque dans le verre où il allait boire, ou même dans le vase où il allait uriner.

Fouque (1911) a présenté un cas d'hallucination

lilliputienne chez une albuminurique avec délire onirique et confusion mentale.

Halberstadt (1911) relate des hallucinations lilliputiennes chez une démente précoce au début.

Fassou (1913) a décrit des rêves lilliputiens.

Alajouanine (1914) a relevé un cas d'hallucinoïse avec hallucination lilliputienne. Sa malade percevait « des petits bonshommes noirs, les uns grands comme des doigts, les autres comme de tout petits gnomes marchant par terre, ne faisant pas de bruit, ne parlant pas ».

Régis cite un malade « qui se voyait entouré de polichinelles ».

Livet (1920) rapporte une forme onirique de paralysie générale avec des apparitions lilliputiennes.

Mignard a signalé à la Société Médico-Psychologique (1920) le cas d'un médecin qui au cours d'une marche de nuit pendant la guerre, luttant contre le sommeil, voyait s'avancer en face de lui une troupe de petits gnomes, vêtus de costumes bizarres et colorés, hauts de 30 centimètres environ. Un effort de réveil faisait cesser ces visions.

Un malade de Salomon (1920) sans aucune tare psycho-pathologique, a été l'objet d'un syndrome lilliputien au cours d'un érysipèle avec délire : ce sujet avait été d'abord troublé par la présence d'un tout petit homme et d'une toute petite femme de 25 centimètres de haut, aux vêtements de couleur voyante, puis il s'en était amusé. Salomon a trouvé également des hallucinations lilliputiennes chez un alcoolique.

Dupouy et Bonhomme (1921) rangent deux observations d'alcooliques parmi les hallucinations lilliputiennes; le premier malade voyait des personnages qui se logeaient dans les goussets de son gilet, qui se cachaient sous ses draps, sous son oreiller. Certains étaient gros comme des haricots, d'autres comme des marionnettes, leur voix était grêle; le second voyait sur les murs de sa chambre tantôt des petites danseuses, tantôt un défilé de petits personnages de quelques centimètres de haut. Ces deux malades étaient amusés par leur hallucination.

Lwoff et Targowla (1921) signalent un accès onirique avec hallucination lilliputienne chez un paralytique général, au regard duquel surgissent des petits personnages bariolés qui couraient sur ses couvertures, sur son oreiller et sous son lit.

Dans une observation de Martimor (1921) les hallucinations lilliputiennes typiques sont survenues au cours d'une bouffée délirante d'origine probablement toxique chez une débile à caractère puéril.

Prince (oct. 1921) a publié trois observations d'hallucinations lilliputiennes dans une intoxication par rétention purulente, dans un délire alcoolique, et enfin dans une démence précoce.

Bouyer et Perret ont remarqué le syndrome dans trois cas.

Bouyer (1925) publie un cas d'hallucination lilliputienne chez une malade présentant un état toxico-infectieux. Sa malade vit « des petits fantômes qui voltigeaient dans sa chambre. Ils étaient habillés de

vêtements aux couleurs fort voyantes et amusaient beaucoup la malade ».

c) PATHOGÉNIE DU SYNDROME.

Les hallucinations lilliputiennes ont toutes un élément commun à leur base, qui relève d'une intoxication ou d'une toxi-infection affectant secondairement l'écorce cérébrale. Cette conception étiologique est la même que celle acquise pour la micropsie.

La pathogénie du syndrome s'expliquerait d'après R. Leroy par la double intervention des centres corticaux et du psychisme. L'hallucination se formerait avec les éléments du subconscient et de l'inconscient et ceux de l'irritation cérébrale. C'est dans le rêve, dans la reviviscence d'images et de souvenirs antérieurs qu'il faut rechercher l'origine de ces hallucinations. Les hallucinations lilliputiennes se rencontrent assez fréquemment dans le rêve. Il est donc tout naturel de les retrouver dans les délires de rêves.

Smith déclare que les rêves des enfants ont pour objet les personnages de contes de fées. Pour Freud, les délires sont un état de régression à l'enfance. Les souvenirs enfantins surgiraient à l'imagination de l'intoxiqué et lui feraient entrevoir de petits bonshommes, de petits animaux et de petits paysages.

L'état affectif agréable de ces hallucinations s'expliquerait par leur caractère coloré, animé et amusant.

Mignard et Martimor pensent également que les

réminiscences de l'enfance jouent un grand rôle dans ces états oniriques.

D'autres auteurs ont invoqué des mécanismes différents; ainsi Salomon croit que la petite taille des hallucinations est le résultat du rapprochement d'une image créée pour être vue au loin.

Camus, chez son malade atteint d'hémianopsie, interprète ainsi le phénomène hallucinatoire : « le point de départ serait l'existence de scotomes, d'où le malade au gré de son attention et de son imagination, ferait émerger les hallucinations les plus variées ».

Pour Bouyer, il s'agirait de malades à tendances poussées à l'introspection et à la fabulation, malades émotifs, instables, abouliques et imaginatifs. L'intoxication rendrait pathologique ce fonds mental spécial. Il nous semble que l'on doive s'en tenir au rôle des souvenirs refoulés de l'enfance et que ces hallucinations doivent être considérées comme tirées de l'inconscient sous l'influence d'une intoxication cérébrale.

d) LE SYNDROME LILLIPUTIEN DANS LA LITTÉRATURE.

Ce syndrome a été décrit par différents auteurs classiques et certains hommes célèbres l'ont vu et éprouvé.

Une description intéressante en est donnée par Leuret, dans ses *Fragments philosophiques sur la folie* : « Une nuit le démon vient frapper à la porte du bien-

heureux Macaire et lui dit : « Lève-toi, abbé Macaire, et allons à la collecte où les frères sont réunis pour les vigiles... Viens, et tu verras nos œuvres. » L'abbé s'y rendit et vit apparaître une foule de petits éthiopiens, courir çà et là, s'agiter comme s'ils avaient des ailes, jouer autour des moines qui étaient assis, et se placer pour jouer sur le dos et sur le cou des moines. » Saint Macaire, d'après la *Vie des Saints* était un des abbés pratiquant le plus de mortifications. Ses longs jeûnes, après l'avoir conduit à l'auto-intoxication, ont donc déterminé ces hallucinations.

Alfred de Musset a présenté des hallucinations lilliputiennes : c'est son frère Paul qui nous le raconte : « Il aperçut un petit homme, haut de trois pouces, portant sur son dos une fontaine de marchand de coco ambulant. Ce lilliputien se promenait sur l'écri-toire et sur les livres. » Alfred de Musset aurait eu ces visions au déclin d'une fluxion de poitrine, son alcoolisme y est probablement pour une bonne part également.

Maury a rapporté une auto-observation d'hallucination lilliputienne dans son ouvrage *Du Sommeil et des Rêves* : « Me trouvant, dit-il, en diligence, j'éprouvai des hallucinations à images multiples, fatigué par deux nuits passées en voiture, je commençai à entrer dans une rêvasserie, prodrome de l'invasion prochaine du sommeil. Je fermais machinalement les yeux, j'entendais encore le bruit des chevaux et le colloque des postillons qui relayaient lorsqu'une foule de petits personnages rougeâtres et brillants exécu-

tant mille mouvements et paraissant causer entre eux s'offrit à moi. Cette vision dura un quart d'heure. » Il s'agit évidemment d'hallucinations hypnagogiques survenant chez un sujet très fatigué.

R. Leroy s'est demandé si l'œuvre de Swift n'avait pas été inspirée par de tels troubles psycho-sensoriels. L'hypothèse n'est pas invraisemblable, mais rien ne la confirme.

Dans le roman *La Jeune Madame Jonna*, de Karin Michaëlis, on trouve un passage où Madame Jonna, atteinte de délire aigu, d'origine émotionnelle, voit par milliers, en procession, à travers sa chambre, des petites poupées qui arrivaient au lit, y grimpaient, puis couraient sur sa chemise, sur son cou, son menton et son nez et qui, l'une après l'autre, faisaient la révérence.

Il semble bien que Guy de Maupassant a eu une hallucination lilliputienne et qu'il l'a narrée dans son conte hallucinatoire : « Qui sait ? » Dans l'arrière-boutique d'un antiquaire Rouennais, n'a-t-il pas vu apparaître et disparaître, au milieu d'une grande pièce, un tout petit homme, tout petit, et gros comme un phénomène, un hideux phénomène et son crâne, lui apparut comme une petite lune dans cette vaste chambre. Nous croyons qu'il y a là une hallucination lilliputienne, chez un paralytique général au début doublé d'un alcoolique.

Taine donne dans son ouvrage *De l'Intelligence* une observation d'hallucination lilliputienne que nous rapporterons ici : « Dans l'été de 1832, un gentleman

de Glasgow, d'habitudes dissipées, fut saisi du choléra, mais guérit. La guérison ne fut accompagnée de rien de particulier, excepté la présence de fantômes de trois pieds de haut environ, proprement habillés de jaquettes couleur de pois verts et de culottes de la même couleur. Cette personne étant d'un esprit supérieur et connaissant la cause des illusions, n'en prit aucune inquiétude, quoiqu'elle en fut souvent hantée. A mesure que ses forces revenaient, les fantômes apparaissaient moins fréquemment et diminuaient de grandeur, jusqu'à ce que, à la fin, ils ne furent pas plus grands que son doigt. Une nuit, qu'il était assis seul, une multitude de ces lilliputiens parurent sur sa table et l'honorèrent d'une danse, mais comme il était occupé ailleurs et point d'humeur à jouir d'un tel amusement, il perdit patience, et frappant rudement sur la table, il s'écria avec une violente colère : « Allez à vos affaires, impudents petits coquins, que diable faites-vous ici ? » Toute l'assemblée disparut à l'instant et il n'en fut jamais incommodé.

Anatole France a fait une adorable description du syndrome lilliputien dans *Le crime de Sylvestre Bonnard*. Il s'agit d'une hallucination lilliputienne avec un seul personnage, une petite fée, qui apparaît à un vieux savant fatigué par ses recherches et ses travaux. Cette composition de Anatole France est accompagnée dans l'édition des *Œuvres complètes* de Calmann Lévy, d'une charmante gravure sur bois de X. Prinnet.

Nous ne voudrions pas analyser cette pièce d'Anatole France, mais nous allons en transcrire les passages principaux :

« Pour en revenir au point où j'étais, je soupçonnais qu'une lourde somnolence pesait sur mon esprit. J'avais sous les yeux une chartre... mes yeux, quoique je fisse, se tournaient vers un côté de la table... Il n'y avait, à cet endroit, qu'un assez gros volume allemand... Le volume, dont les plats étaient légèrement entrebâillés, reposait sur sa tranche médiane.

Je ne saurais dire depuis combien de temps mes regards étaient attachés sans cause sur ce vieil infolio, quand ils furent captivés par un spectacle tellement extraordinaire qu'un homme totalement dépourvu d'imagination comme je suis, devait lui-même en être vivement frappé. Je vis tout à coup sans m'être aperçu de sa venue, une petite personne assise sur le dos du livre, un genou replié et une jambe pendante, à peu près dans l'attitude que prennent sur leur cheval les amazones d'Hyde-Park ou du Bois de Boulogne. Elle était si petite que son pied ballant ne descendait pas jusqu'à la table sur laquelle s'étalait en serpentant la queue de sa robe. Mais son visage et ses formes étaient d'une femme adulte. L'ampleur de son corsage et la rondeur de sa taille ne laissaient aucun doute à cet égard, même à un vieux savant comme moi. J'ajouterai sans craindre de me tromper, qu'elle était fort belle et de mine fière..... la figure de cette dame respirait une noblesse mêlée de mutinerie. Elle avait l'air d'une reine,

mais d'une reine capricieuse... sa bouche était impérieuse et ironique et ses yeux bleus riaient d'une façon inquiétante sous des sourcils noirs dont l'arc était très pur... Personne haute comme une bouteille, et qui aurait disparu dans la poche de ma redingote... Bien que mon encrier, qu'elle considérait avec une attention moqueuse, comme si elle eut pu lire par avance tous les mots qui devaient en sortir au bout de ma plume, fût pour elle, un bassin profond, où elle eut noirci jusqu'à la jarretière ses bas de soie roses à coins d'or. Elle était grande, vous dis-je, et imposante dans son enjouement. Son costume approprié à sa physionomie était d'une extrême magnificence, il consistait en une robe de brocard d'or et d'argent et un manteau de velours incarnat doublé de menu vair. La coiffure était une sorte de hennin à deux cornes, que des perles d'un bel orient rendaient clair et lumineux comme le croissant de la lune ».

Suit un petit dialogue avec la fée, et des plaisanteries de la fée, qui barbouille le nez du savant avec la plume d'oie trempée d'encre.

Conclusions

Le chloral est un médicament très intéressant en thérapeutique, mais qui donne lieu à des inconvénients. Entre autres : accidents cardiaques, cutanés et nerveux. Nous nous sommes attachés à l'étude du chloralisme.

Nous pouvons déduire de cette étude que parmi ses diverses formes cliniques, le chloralisme aigu peut revêtir la suivante : Syndrome de R. Leroy avec phénomènes éruptifs.

Les accidents cutanés que nous avons rencontrés consistaient en une éruption morbiliforme. Le syndrome de R. Leroy, commun à de nombreuses toxoinfections, se caractérisait par la vision de petits personnages et de petits animaux colorés, très animés, s'accompagnant d'un état affectif agréable.

Ces intoxications se montrèrent bénignes et disparurent rapidement sans laisser de séquelles.

Vu : le Président de thèse,

H. CLAUDE.

Vu : le Doyen,
BALHAZARD.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY.

Bibliographie

1. ALAJOUANINE. — Un cas d'hallucinoïse (*Soc. médico-psychol.*, juillet 1914).
2. ANSTIE. — *The practitioner*, 1874.
3. ANTHEAUME et PARROT. — Delirium tremens chloralique (*Encéphale*, 1910).
4. ARCHANGELSKY. — *Arch. f. exp. pathol.*, t. XLVI.
5. BAILLARGER. — *Leçons cliniques de la Salpêtrière*.
6. BALLE (GILBERT). — *Société Médicale des Hôpitaux*, 1893.
7. — *Société de Neurologie*, décembre 1899.
8. BALLE et DELHERM. — Tremblement chloralique des muscles de la face et des membres rappelant la P. G. (*Bulletin de la Soc. Méd. des Hôpitaux*, 22 mai 1902).
9. BARON. — Chloravergiftung (*Deut. Med. Wochen.*, Leipzig et Berlin, 1898, XXIV, p. 751).
10. BOEHME. — *Arch. f. exp. pathol.*, t. LII.
11. BONNET. — Un cas difficile d'application de la loi de 1838 (*Soc. clin. méd. ment.*, juin 1910).
12. BOUFLE (PAUL). — Les indications thérapeutiques dans le traitement de l'insomnie (*Progrès Médical*, 2 oct. 1905).
13. BOURNEVILLE et BRICON. — Du curare dans l'épilepsie, 1885.
14. BOUYER. — Un cas de zoopsie lilliputienne; rôle de

la mythomanie constitutionnelle dans certaines hallucinations de la vue (*Encéphale*, Paris, 1925, p. 327).

15. BOUYER et PERRET. — Un fond mental commun à la base des hallucinations lilliputiennes (*Ann. méd. psychol.* Paris, 1923, p. 168).
16. BRIERRE DE BOISMONT. — Des hallucinations, 1852.
17. BUSQUET. — Les hypnotiques modernes (*La Médecine*, n° 10 bis, août 1924).
18. CAMUS. — Hallucinations visuelles et hémianopsie (*Encéphale*, juin 1911).
19. CALANDRAUD. — Thèse Paris, 1899.
20. CARLSON. — *The Amer. journ. of. Physiol.*, 1916, LXVII.
21. CIRCOLO (E.). — Caso di awelanamento acuto da cloralico (*Med. Nuova Roma*, 1920, XI, p. 17).
22. CLÉRAMBAULT (DE). — Notes sur l'éthérisme (*Archives intern. de neurol.*, juin 1910).
23. — Les délires de cause chloralique (*Ann. médico-psychol.*, sept.-oct. 1909).
24. — *Société clinique de Médecine mentale*, avril 1910.
25. COE (H. W.). — Acute chloral dementia simulating parietic dementia (*Med. Détroit*, 1898, IV, p. 655).
26. COTARD. — Délire de négation (*Arch. de Neurologie*, 1892, obs. IX).
27. DALEY (F. J.). — Hydrate of chloral poisoning (*Indian med. gaz. Calcutta*, 1905, XL, p. 401).
28. DARIER. — Dermatologie. Masson, édit.
29. DECHAMBRE. — *Dict. encycl. des sciences médicales* (Art. Chloral).
30. DELASIAUVE. — Epilepsie, p. 49.
31. DESGREZ. — Chimie médicale. Baillière, édit.
32. DUPOUY et BONHOMME. — Deux nouvelles observa-

- tions d'hallucinations lilliputiennes (*Soc. clin. méd. ment.*, mai 1921).
33. FASSOU. — Rêves lilliputiens (*Soc. clinique méd. ment.*, février 1913).
34. FELLER (A.). — Vergiftung mit chloralhydrat. (*Beit. z. gerich. med. Wien.*, IX, p. 146, 1929).
35. FLEURY (DE). — L'insomnie et son traitement.
36. FOTHERGILL. — A case of supposed chloral poisoning (*Brit. Med. Jour.*, London, 1900, II, p. 468).
37. FOUQUE. — Un cas de confusion mentale avec délire onirique chez une albuminurique (*Soc. clin. méd. ment.*, février 1911).
38. FRAENKEL. — *Arch. f. exp. Path.*, t. XL.
39. FRANCE (ANATOLE). — Le crime de Sylvestre Bonnard. Calmann-Lévy, éd., 1925, p. 952 et suiv.
40. GARNIER et COLOLIAN. — Thérapeutique des maladies mentales.
41. GELHORN (VON). — *Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie*, 1871.
42. GIRMA. — Les hallucinations dans la P. G., 1881.
43. GLEY (E.). — C. R. Soc. Biologie, 18 avril 1891.
44. GRASSET et RIMBAUD. — Hypnotiques in Thérapeutique des maladies du système nerveux, 1911. Doin O., édit.
45. GRIFFITH. — The practitioner, 1879.
46. HALBERSTADT. — Hallucinations lilliputiennes dans un cas de démence précoce au début (*Arch. Inter. de neurol.*, février 1911).
47. HARVIER. — In Précis de Thérapeutique Carnot-Rathery-Harvier, t. III : Les médications nerveuses.
48. HOPKINS (J. G.). — A study of experimental poisoning with chloral hydrate with reference to its

- effect on the liver and kidneys. (*Am. Journ. dist. N. Y.*, 1912, LXV, p. 557).
49. JASTROWITZ. — *Berliner Klinische Wochenschrift*., 1869.
 50. JOUSSET (M.). — Tremblement chloralique des muscles de la face et des membres rappelant la paralysie générale (*Arch. méd. Paris*, 1902, XCV, p. 92).
 51. KAISER. — *Philadelphia Medical Times*, 1870, n° 6.
 52. KIRN. — *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1883.
 53. KRAEPELIN. — *Psychiatrie*, 1910.
 54. KARIN MICHAËLIS. — *La jeune Madame Jonna*. Traduction Renée Klabaloff.
 55. LANGE. — *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1870, n° 10.
 56. LASÈGUE. — *Arch. gén. de Médéc.*, 1868-1869.
 57. — *Arch. gén. de Médéc.*, 1881.
 58. — *Etudes Médicales*, t. II, 1884.
 59. LECHÔME. — *L'insomnie et son traitement* (*Gazette des Hôpitaux*, 1897).
 60. LEROY. — Les hallucinations lilliputiennes (*Soc. méd. psychol.*, juillet 1909).
 61. — Un cas d'hallucinations lilliputiennes (*Soc. clin. méd. ment.*, avril 1910).
 62. — Les hallucinations lilliputiennes (*Soc. medico-psychol.*, oct. 1920).
 63. — Hallucinations lilliputiennes hypnagogiques, essai d'interprétation psychologique du syndrome (*Soc. clin. méd. ment.*, mai 1921).
 64. — Le syndrome des hallucinations lilliputiennes (*Encéphale*, nov. 1921).
 65. — Le syndrome des hallucinations lilliputiennes (*Monde médic.*, 1922, XXXII, p. 247-258).
 66. — The syndrom of lilliputian hallucinations (*J. Nerv. and Ment. Dis.*, Albany, 1922, p. 325).

67. — Les états affectifs dans les hallucinations lilliputiennes (*J. de psychol. norm. et pathol.*, 1925, p. 152).
68. LEROY et ROGUES DE FURSAC. — Les hallucinations lilliputiennes (*Société de psychiatrie*, février 1920).
69. LEURET. — Fragments philosophiques sur la folie, 1834.
70. LÉVI-VALENSI. — Les Délires.
71. — Psychiatrie. Baillière, édit.
72. LIVET. — Hallucinations visuelles et délire de rêve dans la paralysie générale (*Encéphale*, août 1920).
73. LWOFF et TARGOWLA. — Délire systématisé post-onirique chez un paralytique général tabétique (*Soc. clin. méd. ment.*, février 1921).
74. MAC GUIGAN. — Differences between diagnosis of chloral and morphin poisoning (*Journ. Missouri Med. Ass.*, Saint-Louis, 1920, XVII, p. 234).
75. MAC KENZIE. — *Journal of mentale science*, 1876.
76. MAGNAN. — Leçons cliniques, 1893.
77. MALLET. — Les délirants. Doin, édit.
78. MARIE. — *Soc. Clin. Méd. Mentale*, avril 1910.
79. MARTIMOR. — Hallucinations lilliputiennes, délire et puérilisme (*Soc. méd. psychol.*, mars 1921).
80. MAURY. — Le sommeil et les rêves, 1878.
81. MIGNARD. — *Soc. Méd. psychologique*, 1920.
82. — *Soc. Méd. psychologique*, 1923.
83. MUSSET (PAUL DE). — Biographie d'Alfred de Musset, 1902.
84. NATHAN (M.). — *Manuel de Psychiatrie*. Masson, édit.
85. PICHON. — Les maladies de l'esprit. Paris, 1888.
86. PRINCE. — Hallucinations lilliputiennes au cours de la démence (*Soc. méd. psych.*, oct. 1921).

87. PRUNIER. — Les Médicaments chimiques, 1899. Masson, édit., t. II.
88. REARLY (E.). — Case of chloral poisoning (*West. canad. M. J. Winnipeg.*, 1909, III, p. 124).
89. REGIS. — Psychiatrie. O. Doin, édit.
90. REHM. — *Archiv. für psychiatrie*, Berlin, 1886.
91. RHODE. — *Arch. für exp. path.*, t. LIV.
92. RICHAUD. — Traité de Thérapeutique et de Pharmacologie. Masson, édit.
93. RISING (L. W.) et LYNN (E. V.). — Toxicological investigation of chloral hydrate (*J. amer. phar.*, 11 janvier 1931).
94. ROGERS (P. F.). — A remarkable case of chloral poisoning (*Med. Rec. N. Y.*, 1900, LVII, p. 412).
95. ROGUES DE FURSAC. — Manuel de Psychiatrie. Alcan, édit., 1924.
96. ROSENTHAL. — *Wiener Medizin. Presse*, 1889.
97. ROUBINOVITCH. — In Traité de Psychiatrie de Gilbert Ballet, 1903.
98. — Mécanisme et diagnostic des hallucinations (*Rev. génér. de clin. et therap.*, Paris, 1912, p. 789).
99. SALOMON. — Hallucinations lilliputiennes au cours d'un érysipèle de la face (*Soc. clin. de méd. ment.*, juillet 1920).
100. — Hallucinations lilliputiennes, essai d'interprétation (*Soc. méd. psychol.*, février 1922).
101. SAVAGE. — *Journal of mentale science*, 1879.
102. SAUVET. — *An. Méd. psychol.*, 1847.
103. SCHÜLE. — *Berliner Klinische Wochenschrift.*, 1884.
104. SCHULTZE. — Zur toxikologie des chloralhydrats (*Berl. tierarz. Wochen.*, 1904, p. 566).
105. STONES. — *Medical Times*, 1879.
106. TAINE. — De l'intelligence, t. I.

107. THIBAUT (D.). — Intoxication par la chloral. *Nouv. traité de médecine* Roger-Widal-Tessier (vol. VI, p. 448. Paris, Masson, 1925).
108. TIFFENEAU. — Abrégé de pharmacologie. Vigot, édit.
109. VESMARD. — De l'insomnie, ses causes, son traitement. Montpellier, 1902.
110. VULPIAN. — Les maladies du système nerveux, 1886.
111. WALLACE (G. B.). — Chronic chloral poisoning. (*Journ. phar. and exper. therap.* Baltimore, 1911, 12, III, p. 462).
112. WINN. — *The Lancet*, London, 1874.

